

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

Tumeurs Bénignes du Sein chez l'Homme
(Fibrome-Adénome et Fibro-Adénome)

Thèse pour le Doctorat de l'Université de Bordeaux

Mention : MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 21 Décembre 1921

PAR

ATANATZKOVITCH SOTIR

Né à Krouchevo

(Royaume des Serbes, Croates et Slovènes)

Le 4 septembre 1896

Examineurs de la thèse	{	MM. VILLAR, professeur, président.	{	Juges.
		DENUCE, professeur.		
		VENOT, agrégé.		
		GUYOT, agrégé.		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical

BORDEAUX

Imprimerie J. CÉROUDE et FRÈRE, Cours de la Marne, 15

1921

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

Tumeurs Bénignes du Sein chez l'Homme
(Fibrome-Adénome et Fibro-Adénome)

Thèse pour le Doctorat de l'Université de Bordeaux

Mention : MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 21 Décembre 1921

PAR

ATANATZKOVITCH SOTIR

Né à Krouchevo

(Royaume des Serbes, Croates et Slovènes)

Le 4 septembre 1896



Examineurs de la thèse	{	MM. VILLAR, professeur, président.	{	Juges.
		DENUCE, professeur.		
		VENOT, agrégé.		
		GUYOT, agrégé.		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical

BORDEAUX

Imprimerie J. CÉROUDÉ et FRÈRE, Cours de la Marne, 15

1921

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique interne.....	{ ARNOZAN.	Pharmacie.....	DUPOUV.
	{ CASSAET.	Zoologie et parasitologie...	MANDOUL.
Clinique externe.....	{ CHAVANNAZ.	Médecine expérimentale...	FERRE.
	{ VILLAR.	Clinique ophtalmologique...	LAGRANGE.
Pathologie et thérapeuti-		Clinique chirurgicale in-	
ques générales.....	CRUCHET.	fantile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Clinique d'accouchements...	RIVIERE.	Clinique gynécologique...	BEGOUIN.
Anatomie pathologique...	SABRAZES.	Clinique médicale des ma-	
Anatomie.....	PICQUE.	ladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie générale et his-		Chimie biologique.....	DENIGES.
tologie.....	G. DUBREUIL.	Physique pharmaceutique...	SIGALAS.
Physiologie.....	PACHON.	Pathologie exotique.....	LE DANTEC.
Hygiène.....	AUCHE.	Clinique des maladies cuta-	
Médecine légale.....	VERGER.	nées et syphilitiques.....	W. DUBREUIL.
Physique biologique et		Cliniques des maladies des	
d'électricité médicale....	BERGONIE.	voies urinaires.....	POUSSON.
Chimie.....	CHELLE.	Cliniques psychiatrique...	ABADIE.
Botanique et matière mé-		Clinique d'Oto-Rhino-Laryn-	
dicale.....	BEILLE.	gologie.....	MOURE.
		Toxicologie.....	BARTHE.
			M. PRINCETEAU.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie...	{ N...		MAURIAC.
	{ N...	Médecine générale.....	LEURET.
Histologie.....	LACOSTE (chargé).		DUPERIE.
Physiologie.....	DELAUNAY.		CREYX.
Anatomie pathologique...	MURATET.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Parasitologie et sciences)	R. SIGALAS (chargé).	Médecine légale.....	LANDE.
naturelles.....	N...		GUYOT.
Physiques biologique et		Chirurgie générale.....	ROCHER.
médicale.....	RÉCHOU.		DUVERGEY.
Chimie biologique et mé-			PAPIN.
dicale.....	N...	Obstétrique.....	PERY.
			FAUGERE.
Médecine générale.....	{ N...	Ophtalmofogie.....	TEULIERES.
	{ PETGES.		LABAT.
	CARLES (J.).	Pharmacie.....	{ N...

CHARGÉS DE COURS

Cours de Clinique dentaire.....		MM. CAVALIE.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie.....		CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....		VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements.....		PERY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie.....		CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture.....		ANDERODIA.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale.....		SELLIER.
— de démonstrations et préparations pharma..		LABAT.
— de Pathologie interne.....		MAURIAC.
— de Pathologie externe.....		GUYOT.
— de Vénérologie.....		PETGES.
— de d'orthopédie chez l'adulte, pour les acci-		
dentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.		ROCHER.
Cours compl. annexe de prothèse et rééducation professionnelle.....		GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FAMILLE

A LA FAMILLE DELBOSGR

En témoignage de ma vive sympathie.

A TOUS MES AMIS

A MES MAITRES

*De la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux de Bordeaux*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR VILLAR

*Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté
de médecine de Bordeaux*

Chirurgien des Hôpitaux

Membre correspondant de la société de chirurgie de Paris

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Instruction publique

AVANT-PROPOS

Au moment de soutenir notre thèse de doctorat, qui est le couronnement de nos études médicales, nous ne pouvons nous abstenir d'exprimer notre reconnaissance au noble pays, qui nous a généreusement reçu sur son sol. Nous avons toujours aimé la France, et au cours de ces six années passées sur sa terre hospitalière, nous avons appris à l'aimer davantage. Les amitiés que nous nous y sommes créées pendant ce séjour, contribuèrent à renforcer notre attachement et notre reconnaissance.

Nous avons l'agréable devoir d'exprimer notre gratitude à tous nos maîtres de la Faculté qui nous ont enseigné la science française. Nous prenons l'engagement moral de la représenter dignement et de la diffuser dans notre pays yougo-slave.

Nos sentiments de gratitude et d'attachement vont à M. le professeur Villar, qui a bien voulu nous inspirer ce travail; et qui nous a toujours manifesté son amitié. Il fut notre premier maître. Par son enseignement savant clair et méthodique il a fait naître notre sens clinique ; ses conseils avisés auprès du malade, ses leçons magis-

trales resteront toujours gravées dans notre mémoire et nous guideront dans notre futur travail. Nous l'assurons de notre profonde reconnaissance.

Nous adressons notre gratitude à M. le Doyen professeur Sigalas, pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

Nous offrons l'hommage de notre reconnaissance à nos excellents maîtres MM. les professeurs Pitres, Arnozan, Moussous, Chavannaz, Sabrazès, Cruchet à qui nous devons la grande partie de notre savoir médical.

MM. les professeurs Moure, Lagrange, Cassaët, Rivière, Bergoniè, Ferré Pachon, ont également droit à toute notre reconnaissance.

MM. Les professeurs agrégés Rocher, Petges étaient des maîtres bienveillants pour nous ; nous les assurons de notre gratitude.

Nous adressons nos meilleurs souvenirs à tous nos amis français, et le regret de nous séparer d'eux.

INTRODUCTION

Les auteurs sont nombreux qui se sont occupés de l'étude des tumeurs malignes du sein chez l'homme et apportent un grand nombre d'observations, qu'on trouve dans différents ouvrages classiques ; par contre, les observations sur les tumeurs bénignes, particulièrement sur le fibrome, lequel avec l'adéno-fibrome fait le sujet principal de notre travail, sont assez restreintes. Leur étude est de l'ère moderne, et c'est pendant ces dernières années qu'on trouve le nombre des diagnostics des tumeurs augmenté, mais elles sont de beaucoup plus rares que les tumeurs malignes. Billoth en faisant la moyenne des cas à Berlin, Zurich et Vienne, trouve 8 % de tumeurs bénignes et 92 % de malignes. Nous avons recueilli cependant les quelques observations disséminées dans les différents ouvrages que nous exposerons à la fin de notre travail, en complétant le nombre par l'observation inédite et personnelle recueillie dans le service de notre maître, M. le professeur Villar, à qui nous devons l'inspiration de ce sujet pour notre thèse inaugurale.

Nous n'avons pas la prétention de jeter la lumière sur cette question, nous serions heureux de contribuer simplement à la faire connaître, à démontrer l'existence réelle de ces tumeurs chez l'homme, et qu'elles sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne croit ; car vu leur petit volume, leur indolence, le porteur ne s'en aperçoit pas, ou n'éprouvant aucune gêne, se décide rarement à consulter le médecin.

Après une révision rapide de l'histoire et les travaux faits sur les tumeurs du sein chez l'homme, nous donnerons un aperçu général sur l'anatomie et la pathologie du sein chez l'homme, puis nous exposerons leur étiologie. Nous noterons pour chaque diversité de tumeurs son anatomie pathologique et sa pathogénie, nous traiterons séparément la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic l'évolution et ses complications, pour finir avec ce traitement. Enfin, nous y ajouterons quelques observations et nos conclusions.

HISTORIQUE

L'étude des tumeurs du sein chez l'homme est de date relativement récente. Cette étude date de 1778 à 1883 pour la période clinique, et de 1883 jusqu'à nos jours pour la période anatomopathologique. Quelques auteurs du XVIII^e siècle et du commencement du XIX^e ont bien signalé l'existence des tumeurs bénignes, mais leurs observations sont très sommaires et sans aucun contrôle microscopique.

Sedillot observe deux cas développés à la suite d'un coup de fleuret sur le sein droit, dont l'un de ces sujets était un homme de vingt-trois ans. Dans ces deux cas, après l'extirpation on n'a pas observé de récurrence.

En 1847, Velpeau, dans son travail sur les maladies du sein, consacre un court chapitre aux tumeurs bénignes du sein chez l'homme, et dit avoir observé un cas d'adénome, mais il ne nie pas l'existence de fibrome. En 1858 il décrit un adénome en forme de chou-fleur chez un homme âgé de 85 ans, cite un cas de kyste séreux et un cas de galaetocèle. C'est à lui que revient le mérite, après Asley Cooper, d'avoir distingué les tumeurs bénignes des malignes qu'on confondait si souvent avec le cancer.

Lebert, en 1850 dans « la société anatomique » montre leur constitution glandulaire, et il fit adopter par Velpeau la dénomination des tumeurs *adenoïdes* pour les caractériser.

Cruveilhier reconnaît le caractère bénin, constate à l'œil nu la grande quantité du tissu fibreux dans leur composition et les décrit comme tumeurs fibreuses. En 1856, dans son traité d'anatomie pathologique, il mentionne l'hypertrophie de la glande et cite deux cas.

La même année, Foucart, dans « La France Médicale » s'occupe des tumeurs du sein chez l'homme et apporte quelques observations sur des tumeurs d'origine inflammatoire et sympathique.

En 1867 paraît le traité de pathologie des tumeurs de Virchow qui donne une bonne description des tumeurs fibreuses et cite un cas de fibrome chez l'homme, observé et opéré par lui-même.

Bryant, dans la « Lancet anglaise » de 1868 apporte une observation d'adénome chez un homme de 45 ans.

En 1872, Horteloup avec sa thèse d'agrégation donne le premier travail d'ensemble sur les tumeurs du sein chez l'homme. Il s'occupe principalement des tumeurs malignes, mais il ne conteste pas l'existence des tumeurs bénignes; et il dit : « je n'ai pas trouvé d'observation portant le titre de fibrome, cependant il est certain que ce fibrome doit exister chez l'homme, je dirais même que cette altération devrait être assez fréquente. » Nous trouvons dans son travail une observation sur un adénome et un autre cas pour lequel il tend plutôt vers le fibrome.

Lutel, dans sa thèse inaugurale de 1877 cite un cas de

fibrome observé par Bean chez un jeune homme de seize ans; où on a reconnu microscopiquement l'existence exclusive du tissu fibreux, et un cas de kyste sébacé observé par Burgraene (Bull. de la Soc. de Med de Gand, 1857).

Dans la thèse de Landry de 1884, qui s'occupe des tumeurs du sein chez l'homme, nous trouvons deux observations d'adénome.

En 1903, Guégan dans sa thèse apporte quelques observations sur le fibrome, le fibro-adénome et le lipome. Cornil et Campenon, dans « la réunion de la Société anatomique » de 1906, cite un cas de fibro-adénome. En 1908 apparaît le livre de Cornil sur les tumeurs du sein, qui apporte des observations sur fibro-adénome et le kyste séreux et parle de l'existence réelle des fibromes. La même année Palermo, dans sa publication (Tumori del la mamella maschile, studio critico-clinico) observe un grand nombre de tumeurs bénignes du sein chez l'homme.

Enfin, dans ces dernières années, nous trouvons quelques thèses inaugurales consacrées à l'étude des tumeurs du sein chez l'homme, parmi lesquelles nous mentionnons celle de Flurian de Bordeaux (1910), de Duquesne de Paris (1914) et celle de Barril de Bordeaux (1919).

Aperçu Général sur l'Anatomie et la Pathologie du Sein chez l'Homme

Le sein de l'homme présente anatomiquement les mêmes caractères que celui de la femme. Les vaisseaux et les nerfs reconnaissent une même origine ; ils sont seulement d'un volume moindre.

Les artères lui viennent : de la mammaire interne, branche de la sous-clavière, de la mammaire externe, branche de l'axillaire, enfin des intercostales. Les lymphatiques se rendent aux ganglions axillaires.

Morphologiquement, la mamelle de l'homme est la plupart du temps fort rudimentaire, et c'est assez difficile de lui assigner des limites qui ne soient pas conventionnelles. Pratiquement, on entend par sein chez l'homme, une région topographique, limitée par une circonférence de 3 c. 1/2 à 4 c. de rayon, centrée par le mamelon, région s'étendant en profondeur jusqu'au muscle grand pectoral. Le mamelon est situé le plus souvent au niveau du 4^e espace intercostal. Autour du mamelon, petite saillie, tantôt aplatie, tantôt plus ou moins pédiculée, se voit une zone circulaire de coloration rosée,

parfois pigmentée. A la périphérie de l'aréole, à 5 à 8 millimètres de la base du mamelon, on peut voir par transparence, à travers l'épiderme très mince, une double ou triple couronne de glandes sébacées, représentant les tubercules de Morgagnie du sein de la femme.

Le sein de l'homme est constitué par la peau, doublée d'un tissu cellulaire un peu plus épais en cette région qu'au niveau des parties voisines et par la glande mammaire. Il importe de noter que la glande de l'homme ne possède pas l'épaisse enveloppe adipeuse que l'on rencontre chez la femme, tant sur la paroi antérieure que sur la paroi postérieure de la glande. D'après Koliker, les dimensions de la glande mammaire isolée seraient chez l'homme de un à quatre centimètres de largeur et de deux à sept millimètres d'épaisseur. Au niveau de l'aréole se voit le muscle sous-aréolaire. La mamelle de l'homme est constituée presque exclusivement par des canaux galactophores d'ailleurs assez rares, noyés dans un tissu coussinctino-élastique assez dense. Les canaux galactophores se réunissent pour former des canaux collecteurs plus volumineux qui s'ouvrent au mamelon. On ne trouve jamais d'acini bien développés chez l'homme ; ces derniers, on le sait, n'atteignent leur forme définitive qu'au moment où va commencer la lactation, c'est-à-dire vers la fin de la gestation chez la femme.

Ainsi donc la mamelle de l'homme, à l'état normal montre presque uniquement des canaux galactophores. On comprend ainsi pourquoi la plupart des tumeurs épithéliales qui s'y développent ont une origine canaliculaire.

Cette identité anatomique explique que le corps mammaire de l'homme peut être le siège de néoplasmes analogues à ceux qu'on voit si souvent chez la femme.

Le sein étant constitué de l'élément conjonctif et épithélial les tumeurs appartiendront soit à la série conjonctive, soit à la série épithéliale ; souvent il y a combinaison de ces deux tissus. La prolifération de l'élément épithélial peut respecter la barrière conjonctive ou au contraire la forcer. Dans le premier cas la tumeur est bénigne, dans le second elle devient maligne. Les tumeurs bénignes du sein sont représentées par : les fibromes purs, les adénomes, adéno-fibromes ou fibro-adénomes ; par des kystes et par les lipomes. On peut ranger dans cette catégorie quoique en réalité il n'y a pas de tumeur : les mastites et la gynécomastie.

Les tumeurs malignes sont représentées par : le cancer et le sarcome. Le myxome est presque toujours associé au sarcome.

A côté de ces affections qui peuvent intéresser le sein de l'homme, il y en a d'autres qui sont d'une autre origine et qu'on observe très rarement d'ailleurs. Ce sont : le tuberculome, les gommes syphilitiques et le kyste hydatique.

ÉTIOLOGIE

L'étiologie des tumeurs du sein est complexe et assez obscure. Pour expliquer leur formation on a invoqué successivement : le *traumatisme*, les *irritations fréquentes et répétées*, les *inflammations latentes*, l'*hérédité* et d'autres causes d'ordre général.

LE TRAUMATISME. — A eu pendant longtemps une influence prépondérante. Williams le met 14 fois en cause sur 30 cas observés. Le Clerc, dans sa thèse inaugurale, soutient que le traumatisme joue un rôle considérable dans l'évolution des tumeurs, il adjoint toutefois une prédisposition particulière, la diathèse néoplasique. Le Dentu soutient que ce sont surtout les petits traumatismes fréquents et répétés, qui en diminuant la résistance des tissus facilitent le triomphe du microorganisme pathogène. Palermo fait remarquer la fréquence des tumeurs du sein dans la classe laborieuse. Le traumatisme jouerait un plus grand rôle dans la production des fibromes.

LES INFLAMMATIONS LATENTES. — La présence des microbes d'une virulence atténuée, tel que le staphylocoque blanc, peut amener la production de tumeurs. L'infection se faisant par les conduits extérieurs, l'irritation épithé-

liale est la première en date, la réaction conjonctive est secondaire. La pénétration de ces germes pathogènes est facilitée par le traumatisme. Virchow, en parlant de l'origine des fibromes dit que : « d'ordinaire l'affection débute par des phénomènes inflammatoires notamment par une tuméfaction douloureuse. Celle-ci peut persister pendant un temps très long et présenter des périodes de recrudescence et de repos jusqu'à ce qu'il se soit développé une masse de plus en plus dense et épaisse. » Labulay dans le « Lyon chirurgical » invoque comme cause dans la production des tumeurs la présence d'un prorozoaire pathogène-sarcosporidie. C'est une sarcosporidie qui se développe dans le conduit galactophore et qui peut transformer la tumeur bénigne en tumeur maligne. Enfin, le fibrome apparaît comme une réaction d'ordre banal qui peut être engendré par tous les agents irritatifs y compris les microorganismes de virulence atténuée.

HÉRÉDITÉ. — L'hérédité est incriminée dans la production des tumeurs malignes, pour les tumeurs bénignes de même elle doit jouer un rôle assez important. « On pourrait être tenté de penser que l'hérédité des tumeurs bénignes doit être plus grande que celle des tumeurs malignes. En effet, les tumeurs malignes à évolution rapide, sont un accident dans la vie de l'individu, les tumeurs bénignes au contraire font corps avec le sujet qui en est porteur et constituent une malformation transmissible par hérédité au même titre que les qualités physiques. » M. Letulle conclue à l'origine congénitale des tumeurs bénignes du sein. « Le point de départ de ces

néoplasmes est un vice de formation qui met en relief la coïncidence presque constante d'altérations morphologiques de la glande. »

AGE. — Les tumeurs bénignes sont en général des néoplasmes du jeune âge ; on les observe rarement après la quarantaine.

La profession joue un rôle assez important ; nous avons mentionné tout à l'heure que Palermo a remarqué leur plus grande fréquence dans la classe laborieuse. En effet, c'est dans cette classe que les traumatismes et les irritations sont les plus fréquentes.

La race ne doit jouer aucun rôle, puisqu'on les rencontre dans toutes les races.

Ces néoplasmes atteignent indifféremment les deux seins avec une fréquence à peu près égale. Il y a des auteurs qui accordent une prépondérance au sein droit ; Williams trouve 38 cas à droite, 33 à gauche ; Palermo 137 à droite, 105 à gauche. On a incriminé encore comme causes qui facilitent la production de ces néoplasmes : l'arthritisme, les affections morales, toutes les diathèses, les maladies générales et infectieuses, la goutte, le diabète, le saturnisme, l'alcoolisme, la syphilis.

De ce résumé de toutes les causes incriminées dans la production des tumeurs du sein, il ressort que notre connaissance étiologique est assez faible ; la nature intime du néoplasme nous échappe.

Le traumatisme, les irritations chroniques sont très

fréquentes et les tumeurs sont rares ; l'arthritisme se retrouve partout. L'hérédité est déjà battue en brèche par différents auteurs, particulièrement par les auteurs anglais..

FIBROME

DÉFINITION. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

DÉFINITION. — Les fibromes sont des tumeurs formées par du tissu conjonctif adulte de nouvelle formation, ne contenant aucun autre tissu. Leur existence à l'état pur est réelle, mais les cas sont assez rares, on trouve généralement une combinaison de différents éléments pathologiques, particulièrement de l'élément épithélial.

Virchow, dans son traité sur les tumeurs, décrit le fibrome du sein et s'inspirant des faits cliniques cités par Nélaton, Verneuil et Lefort, il estime que le fibrome est la tumeur qui doit survenir le plus-souvent au sein de l'homme. Horteloup dit ne pas avoir trouvé d'observation portant le titre de fibrome, mais il ne conteste pas son existence. On trouve la même opinion chez Cornil. Enfin, les statistiques récentes viennent confirmer ces opinions, et le fibrome est la tumeur bénigne dont Palermo relève le plus grand nombre d'observations. Nous trouvons un cas observé par Demons et publié dans la thèse de Flurian, et plusieurs cas dans la thèse de Guégan, nous leur adjoignons un nouvel exemple.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE. — On distingue deux sortes de fibromes. L'un généralisé ou fibrome diffusé-léphantissique, et l'autre circonscrit ou fibrome localisé. Dans la forme diffuse la lésion est généralisée sur toutes les parties qui par leur ensemble constituent la glande ; il y a une hypertrophie générale de la glande. Dans la forme circonscrite la lésion est restreinte à une partie peu étendue de la glande ; c'est la forme la plus fréquente et c'est elle principalement qui va nous intéresser.

Le tissu conjonctif de la glande mammaire est disposé de deux façons : il peut être périacineux ou autour de l'acinus et interacineux ou entre les acini. C'est ce dernier qui est l'origine des tumeurs conjonctives circonscrites. Il prolifère, étouffe les acini ; les cellules épithéliales déformées, atrophiées, tendent à disparaître et il ne reste plus que le tissu fibreux disposé concentriquement. La formation de la capsule qui isole la tumeur se fait par cette croissance centrale en comprimant le tissu voisin et en isolant complètement la tumeur.

A l'œil nu, ce sont des tumeurs généralement de petit volume qui peuvent atteindre la grosseur d'une noisette ou d'une noix, bien circonscrites, entourées d'une capsule à laquelle elles adhèrent. Leur forme est régulièrement sphérique ou ovoïde, quelquefois bosselée, reliée au reste de la glande par un pédicule plus ou moins volumineux. Ce sont des tumeurs d'une coloration blanchâtre, quelquefois rosée, de consistance le plus souvent dure, un peu élastique ; quelquefois quand elles subissent

la dégénérescence nuqueuse, elles sont d'une mollesse caractéristique.

Sur la coupe on voit des lignes ambrées qui indiquent la direction des faisceaux de la tumeur qui sont tantôt concentriques et forment des nodules, tantôt onduleux et parallèles les unes aux autres.

La surface de section raclée au rasoir, ne donne pas de suc, mais fournit quelques débris où on reconnaît par la dissociation des faisceaux connectifs. Si on traite la coupe par l'acide acétique, après coloration au carmin, en l'examinant au microscope, on reconnaît des faisceaux de fibres onduleux et les cellules conjonctives qui les entourent, groupées plus ou moins irrégulièrement, s'entre-croisant en tout sens et se montrant coupées tantôt selon la longueur, tantôt en section transversale. Par ce réactif les fibres conjonctives se gonflent, deviennent transparentes, les cellules se montrent avec leurs noyaux et leur corps protoplasmique aplati. On trouve très rarement de vaisseaux et pas de fibres élastiques.

VARIÉTÉS ET ALTÉRATIONS. — Les *fibromes mous* sont constitués par du tissu conjonctif lâche infiltré de sérosité demi-transparente. A la coupe par le raclage on obtient un suc transparent qui contient de l'albumine et se coagule par l'alcool.

Ils sont susceptibles de subir la dégénérescence muqueuse, et dans ce cas les fibres sont infiltrées d'une matière semblable au blanc d'œuf, appelée *mucine*. On observe souvent la dégénérescence granulo-graisseuse qui se manifeste par l'apparition de fines granulations dans

les cellules et donne à l'ensemble un aspect jaunâtre. L'infiltration calcaire formant un mode de régression et l'ossification sont rarement observées.

Le plus souvent est observée la transformation sarcomateuse, due à la présence de cellules embryonnaires qui peuvent subir l'évolution et donner à la tumeur tous les caractères d'un néoplasme malin.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

SYMPTOMES. — Le traumatisme semble jouer le plus grand rôle dans la production des fibromes. Par suite d'un choc reçu sur le sein, il se produira un point de mammite localisée qui évoluera plus tard vers le fibrome.

On l'observe, le plus souvent entre vingt et quarante ans et surtout dans la classe laborieuse. Son début est le plus souvent insidieux et c'est par hasard que le malade découvre une petite grosseur sur son sein, qui ne le gêne pas du tout et se décide très rarement à voir le médecin. Nous considérons que la fréquence de ces néoplasmes est beaucoup plus grande. Son petit volume, son indolence, la confusion avec d'autres affections semblables, diminue leur nombre dans les statistiques.

Quelquefois le fibrome révèle son appartenance par de légères et vagues douleurs ou bien par quelques picotements. On observe très rarement les fibromes douloureux, comme chez le sujet dont nous résumons l'observation, et cette douleur est due à l'irritation d'un filet nerveux qui affecte des rapports avec la tumeur.

Cliniquement la tumeur se présente sous forme d'une petite nodosité, du volume d'une noisette ou d'une noix,

de forme sphérique, régulière dans son ensemble, présentant rarement des bosselures, nettement circonscrite. Sa consistance est un peu dure mais d'une dureté élastique ; en faisant rouler sous le doigt la tumeur, on voit qu'elle est indépendante du reste du tissu glandulaire. La pression ne produit aucune douleur. Il n'y a aucune modification du côté de la peau ni du mamelon, elle respecte les voies lymphatiques et ne retentit pas sur l'état général du malade.

On a observé quelquefois de l'écoulement par le mamelon, décrit sous le nom de *signe de Nélaton*, et Richard le considère comme pathognomonique des tumeurs bénignes, Coyne ne lui attribue aucune valeur pour le diagnostic et le pronostic, et le considère comme traduisant seulement la participation du tissu glandulaire au processus morbide. Cruveilhier lui attribue une grande importance pour le diagnostic avec le cancer.

La marche de ces tumeurs est lente, régulière et progressive. Le fibrome est susceptible d'évoluer vers la résolution, de retrecir comme dans le cas cité par Velpeau, ou bien d'avoir une terminaison heureuse comme dans le cas de Labbé et Coyne où le fibrome était détruit dans sa totalité par la gangrène et éliminé. Le plus souvent il évolue vers la dégénérescence myxomateuse ou sarcomateuse.

DIAGNOSTIC. — Les caractères de fibrome que nous avons décrits : la mobilité, la consistance, la lenteur d'évolution, l'indolence, la circonscription sont assez

nettes pour qu'il soit facile de le reconnaître des autres tumeurs qui affectent le sein.

Le diagnostic important à faire est avec le *cancer* où nous trouvons deux caractères communs : la dureté relative et l'écoulement par le mamelon. Mais dans le cancer nous avons l'âge plus avancé du malade, l'évolution rapide de la tumeur, la douleur qui est quelquefois très intense. La tumeur n'est pas circonscrite et se continue sans démarcation nette avec le reste de la glande. Pendant qu'on ordonne au sujet de rapprocher le bras du tronc et qu'on le tient écarté, en résistant à l'effort, si on saisit la tumeur à pleine main, on sent qu'elle est immobile et adhérente au plan musculaire profond ; la peau de même est immobile sur la tumeur. Le cancer s'accompagne d'adénopathie axillaire, retentit sur l'état général du malade et à une période plus avancée il s'ulcère et saigne. Le *sarcome* ne diffère pas beaucoup du fibrome au début. Quand sa marche est rapide et envahissante il forme une tumeur volumineuse et bosselée, d'une consistance inégale s'accompagnant d'une vascularisation cutanée très apparente.

La confusion est assez fréquente avec l'*adénome*. Le diagnostic se fonde : sur les picotements que ressent le sujet au début, signe qui est beaucoup plus fréquent dans l'adénome, sur la marche irrégulière, sur l'écoulement par le mamelon qui s'observe plus souvent dans l'adénome et enfin sur les causes étiologiques. Le fibrome a souvent comme cause le traumatisme, tandis que l'adénome se développe sans aucune cause apparente.

La *mammite chronique* se reconnaît à la multiplicité de ses noyaux et à la douleur à la pression.

Une tumeur kystique par son volume, sa rénitence et la ponction exploratrice qui ramène une sérosité citrine.

Le tuberculome du sein est rare chez l'homme. A l'examen on trouve une tumeur mal délimitée, indolente, début remontant à trois ou quatre mois au plus, qui s'accompagne de rétraction du mamelon et d'adénopathie axillaire. Cette adénopathie précède la tumeur et a comme caractéristique la prise de tous les ganglions avec périadénite et empatement.

Mastite de la puberté s'accompagne de tuméfaction légère avec douleur, bosselures de la glande, rougeur de la peau, écoulement de sérosité par le mamelon et résolution rapide.

Kyste hydatique il est excessivement rare chez l'homme. Le diagnostic se fait par la ponction exploratrice qui ramène un liquide eau de roche, par la présence de scolex et de vésicules filles et par l'éosinophilie.

Les gommes syphilitiques et la mastite diffuse gommeuse simulent les tumeurs malignes. Interroger les antécédents du malade, rechercher l'adénite qui est précoce et faire l'examen du contenu de la gomme où on trouve des spirochètes.

PRONOSTIC. — Le pronostic du fibrome du sein est généralement bénin, mais pour éviter une transformation maligne il est prudent d'intervenir dès que la tumeur est diagnostiquée.

ADÉNOME ET FIBRO-ADÉNOME

DEFINITION. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

PATHOGENIE

DEFINITION. — Les adénomes sont des tumeurs bénignes développées aux dépens de l'épithélium glandulaire et qui offrent une structure identique à celle de la glande qui leur a donné naissance. C'est donc la production d'éléments glandulaires nouveaux, la formation d'acini.

On divise les adénomes en deux groupes : *Les adénomes purs* et *les adénomes dont les éléments qui les constituent subissent des transformations spéciales*.

Les adénomes purs sont assez rares dans le sein de l'homme on peut même dire exceptionnels; il y a presque toujours une réaction du tissu conjonctif périacineux.

Palermo en a observé cinq, Williams n'en signale qu'un sur 25 cas de tumeurs observés chez l'homme. Velpeau en décrit un en forme de chou-fleur et Bryant en rapporte un cas dans la « Lancet anglaise ».

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGENIE. — Microscopie.

piquement on voit que ces tumeurs sont formées d'une capsule qui les isole du tissu sain. Elle est la raison de leur mobilité, la condition de leur énucléation facile et la marque de leur bénignité. Cette capsule est constituée par le refoulement du tissu conjonctif périphérique.

Ce sont des tumeurs du volume d'une noisette à celui d'une orange, de forme ovoïde, lisse, quelquefois avec de légères lobulations.

Elles sont constituées par des formations glandulaires rappelant assez exactement le type normale de la glande. Les tubes néoformés se montrent toujours séparés du tissu ambiant par une vitrée. Au contact de ces tubes épithéliaux le tissu conjonctif réagit et prolifère à son tour. Ces adénomes sont presque toujours canaliculaires et rarement acineux ; la seule raison est dans la rareté des acini dans la glande mammaire normale de l'homme. « Sous l'influence d'une irritation inflammatoire les cellules épithéliales prolifèrent et dilatent irrégulièrement les tubes glandulaires. La prolifération cellulaire augmentant toujours, forme des bourgeons cellulaires, qui distendent la vitrée en plusieurs points, et constituent des diverticules multiples qui se pédiculisent. Le pédicule de ces formations paraît s'amincir et se rompre, et ainsi s'isolent autour de l'acinus primaire une série de tubes qui reproduisent exactement sa structure ; ce sont des acini néoformés » (Delbet).

Sur la coupe on voit une surface blanc rosé constituée par des petits cercles bordés d'une couche de cellules épithéliales cubiques. Ces acini sécrètent un liquide albumineux qui les remplit et qui explique l'écoulement dans

les inflammations. Cet épithélium repose sur une couche de tissu fibreux formé des faisceaux fibreux circulairement concentriques. Les adénomes même purs ne restent pas à cet état primitif, ils subissent des modifications qui changent leur aspect. Ces acini peuvent subir soit l'évolution kystique soit l'évolution fibreuse.

FIBRO-ADÉNOME. — Si à côté de la prolifération épithéliale, la prolifération du tissu conjonctif intervient, ce qui est le cas le plus fréquent et si ce tissu conjonctif prend la forme scléreuse, on se trouve en présence, suivant le degré de réaction de ce tissu conjonctif, ou bien d'un fibro-adénome, ou bien d'un adéno-fibrome.

Suivant la statistique récente de Palermo que nous rencontrons dans la thèse de Flurián « Les tumeurs adénomateuses avec prédominance de l'élément épithélial (adéno-fibrome) sont plus rares, que celles où l'élément fibreux est le plus abondant (fibro-adénome) ». Sur 22 cas réunis dans sa statistique il y a 3 adéno-fibromes.

Ce sont des tumeurs ordinairement uniques de volume variable dépassant rarement celui d'une orange, de forme arrondie ou ovoïde, indépendantes du parenchyme glandulaire auquel elles sont reliées par un pédicule. Elles sont entourées d'une enveloppe qui est la dépendance du tissu fibreux qui les encapsule et les isole complètement du reste du tissu.

A la coupe la tumeur se présente avec une dureté fibreuse, et on voit des faisceaux conjonctifs entrecroisés, les conduits excréteurs ramifiés et agrandis ; plus tard il se trouve des cavités avec végétations et un contenu d'un

liquide muqueux, filant, grisâtre, quelquefois hématique. Microscopiquement, on constate l'altération de l'élément épithélial et de l'élément interstitiel. Les éléments glandulaires sont plus nombreux, proliférés, entourés d'un tissu conjonctif très dense. Les cul-de-sacs et le canal excréteur ont un aspect d'une longue fente. La prolifération du tissu conjonctif, suivant Delbet et Coyne est secondaire à la prolifération épithéliale. Si l'élément glandulaire prolifère abondamment et si les acini s'agrandissent et se dilatent il y a formation des kystes qui peuvent être uniques ou multiples. Ces kystes se développent toujours aux dépens de l'élément glandulaire de formation nouvelle et jamais aux dépens de l'élément préexistant.

Les fibro-adénomes, les adénomes, peuvent évoluer vers la résolution, mais rarement disparaître complètement. Dans ce cas la tumeur diminue de volume, se condense en un noyau fibreux qui reste stationnaire et qui devient le point de départ d'une prolifération d'une nouvelle nature. Elle peut subir l'évolution épithéliomateuse ou sarcomateuse, en grossissant brusquement, avec tous les caractères d'une tumeur maligne.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Les tumeurs adéno-conjonctives, comme les fibreuses pures sont des néoplasmes du jeune âge ; elles s'observent ordinairement entre 20 et 40 ans. Si on interroge le malade, on apprend que le sein était le siège d'un petit traumatisme ou d'une légère inflammation accompagnée de douleurs vagues. Il y a de nombreux cas où l'apparition se fait sans cause apparente.

C'est par le picotement qu'elle provoque que le malade s'aperçoit qu'il est porteur d'une petite grosseur dans le sein, ou bien il la découvre tout à fait par hasard.

A l'inspection on ne constate aucune modification ni de la forme, ni de la couleur du sein, sauf dans quelques cas, où la tumeur atteint ses plus grandes dimensions et donne au sein une forme bosselée.

A la palpation, en pressant la glande contre le thorax, on constate qu'il existe réellement une tumeur, que cette tumeur est d'un certain volume ne dépassant que très rarement celui d'une orange, qu'elle est bien circonscrite, de forme arrondie ou ovoïde, lisse, ou quelques fois présentant de légères bosselures, d'une consistance dure et rénitente. Le caractère commun qui se rencontre par-

tout, c'est la tendance à l'isolement, se manifestant par un pédicule ou une capsule. En effet, la tumeur n'a aucune adhérence ni avec la peau, ni avec le plan profond, elle est complètement mobile et ne s'accompagne pas de rétraction du mamelon. La pression ne produit aucune douleur. On observe souvent un écoulement par le mamelon qui peut induire en erreur et poser le diagnostic de cancer.

Le système lymphatique est respecté et l'état général du malade n'est pas modifié.

La marche est irrégulière. On voit, sous l'influence des causes difficiles à apprécier, la tumeur augmenter de volume puis subir une diminution ; la disparition complète est rare. Elle peut se transformer en tumeur maligne et évoluer soit vers le cancer, soit vers l'adénosarcome. Dans ces deux cas nous voyons la tumeur prendre une marche rapide, grossir brusquement, s'isolant davantage du reste de la glande et se présenter avec tous les caractères d'une tumeur maligne.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de cette variété de tumeur bénigne se fonde : sur la mobilité, sur l'indépendance absolue de la tumeur vis-à-vis de la glande et sur l'absence d'engorgement ganglionnaire.

On peut les confondre avec :

LE CANCER. — L'adénome évolue lentement, sans douleur, il présente une forme bien limitée, lisse ; il n'y a aucune modification du côté de la peau ; il ne s'accompagne pas d'adénopathie axillaire. L'écoulement par le

mamelon est un caractère commun, mais là l'examen microscopique tranche le diagnostic.

LE SARCOME. — A une évolution rapide est envahissante, son volume est beaucoup plus grand, sa consistance inégale et il présente une vascularisation marquée.

LA MASTITE CHRONIQUE. — Le caractère commun est la lenteur de l'évolution, mais l'adéno-fibrome a une délimitation assez nette, il est unique tandis que la mastite forme une tumeur diffuse le plus souvent bilatérale.

LE LIPOME. — Est assez fréquent sur le sein de l'homme. Les caractères communs sont d'être indolents, mobiles, encapsulés, mais ici on ne trouve pas cette consistance ferme de l'adénome ; au contraire, c'est une tumeur qui donnera sensation d'une masse lobulée de mollesse relative, même de semi-fluctuation si on a à faire à un lipome mou.

LA MALADIE KYSTIQUE. — Nous présente un volume plus grand, souvent de kystes nombreux et atteignant les deux seins. La ponction exploratrice donne un liquide citrin.

L'ABCÈS FROID CESTAL. — Se différencie par son point de départ osseux, par l'évolution rapide, sa forme allongée dans le sens des côtes, enfin par la ponction exploratrice.

PRONOSTIC. — Le pronostic est ordinairement bénin, mais malgré cette bénignité, leur évolution possible en épithélium ou adéno-sarcome constitue une indication d'intervention précoce.

TRAITEMENT

Le seul traitement pour toutes les tumeurs bénignes du sein est le traitement chirurgical. L'intervention doit être aussi précoce que possible, car qui sait, comme le remarque judicieusement Delbet « si un néoplasme qui est bénin par lui-même n'est pas susceptible d'évoluer dans le sens d'un sarcome ou d'un épithéliome ? » Les statistiques récentes démontrent que la dégénérescence maligne secondaire est assez fréquente, et si on intervient tôt on a toutes les chances d'éviter cette évolution maligne et la guérison est plus sûre.

Pour les tumeurs facilement énucléables la technique opératoire est des plus simples et sans grande mutilation. Il suffit d'anesthésier la région au moyen de chlorhydrate de cocaïne ou holocaïne à la proportion de 1 p. 300, ou mieux encore sous l'anesthésie générale au bromure ou chlorure d'éthyle, de faire une incision suivant le grand axe de la tumeur en disséquant les couches qui la recouvrent et de détacher la tumeur de sa capsule d'enveloppe.

Ce procédé est rapide, mais par le fait même de laisser la capsule on risque d'avoir des récidives ; aussi, le meil-

leur procédé est l'extirpation totale de la tumeur avec sa capsule, en allant avec l'incision en plein tissu sain et au delà des limites de la tumeur.

Après l'ablation on suture les lèvres de la plaie et on applique un pansement aseptique. Les suppurations sont exceptionnelles et la réunion se fait par première intention.

OBSERVATION I

Par M. le Professeur VILLAR (Inédite)

Fibrome du sein gauche chez un homme de 29 ans

Le nommé Roger M..., âgé de 29 ans, mécanicien, entre à l'hôpital Saint-André dans le service de M. le professeur Villar, le 9 juillet 1921, parce qu'il a constaté, il y a deux mois l'existence d'une petite grosseur au niveau du sein gauche.

Pas d'antécédents héréditaires. Pendant la guerre le malade a eu un peu de paludisme.

A son entrée à l'hôpital, on constate à l'inspection une légère tuméfaction du sein gauche près du mamelon. Par la palpation, on reconnaît, en effet, l'existence au-dessous de l'aréole d'une petite tumeur du volume d'une amande, de consistance ferme. La surface de cette tumeur n'est pas absolument lisse, elle présente quelques petites irrégularités donnant l'impression d'une masse lobulée. Légère adhérence à la peau. Le mamelon est rétracté comme du reste celui du côté sain. La tumeur est encapsulée et mobile sur les parties profondes. Pas d'écoulement sanguinolent ou séreux par le mamelon. Pas d'adénopathie axillaire. Rien d'anormal du côté du sein droit.

Opération le 12 juillet. Extirpation totale du sein, examen du creux axillaire qui ne renferme aucun ganglion. Réunion par primam. Le malade quitte l'hôpital le 29 juillet.

L'examen histologique pratiqué dans le laboratoire de M. le

professeur Sabrazès a permis de constater qu'il s'agissait d'un adéno-fibrome, plutôt d'un fibrome déformant les acini, écartant et dissociant les glandes en tout sens.

OBSERVATION II

(DEMONS)

(Publiée in-thèse FLURIAN, Bordeaux, 1909-10).

Tumeur du sein chez un jeune homme de 17 ans et demi.

Extirpation. — Examen histologique de M. le professeur agrégé Sabrazès

Le 29 avril 1910 entrant à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, un jeune homme de 17 ans et demi, garçon boucher, vigoureux, bien constitué, porteur d'une tumeur à sein droit.

Le malade raconte qu'il y a sept ans il vit apparaître au niveau du sein droit, une tumeur de la grosseur d'un pois qui a grossi insensiblement dans la suite, pour atteindre approximativement le volume qu'elle présente aujourd'hui. La peau à son niveau était plus foncée que dans les régions voisines. Cette tumeur n'entraînait jamais aucune espèce de gêne fonctionnelle et ne fut à aucun moment douloureuse, ni à la pression ni spontanément. Le 27 avril, le malade fait une chute et le choc porta sur la région mammaire droite. Le lendemain la tumeur avait pris une coloration nouvelle, la peau rouge, à la partie antérieure principalement. La tuméfaction devint douloureuse même spontanément et inquiet le malade se présente à la consultation de M. le professeur Demons.

L'examen montre au niveau de la région mammaire droite à la situation précisée qu'occupe le mamelon, une tumeur saillante, de la grosseur d'un œuf de pigeon, assez régulière mais avec des saillies à contours imprécis, des mamelons à la partie

postérieure au niveau de la base. La tuméfaction est rouge jusqu'à la base où l'on distingue nettement des formations vasculaires. Au sommet la coloration est plus accentuée suivant une ligne horizontale. C'est là que le choc avait porté ; c'est une ecchymose. Du reste, au bout de deux jours la tumeur avait pris sa coloration normale. A la palpation on sent que c'est une tumeur mobile sur les plans sous-jacents ; si l'on dit au malade de rapprocher de l'axe du corps son bras qui est en adduction et que l'on s'oppose à cette manœuvre, la tumeur conserve sa mobilité. La peau adhère à la tumeur, on a la sensation de la peau d'orange. La tumeur est irréductible par la pression, elle est nettement fluctuante à la partie antérieure, c'est-à-dire au sommet ; elle présente au contraire à son point d'union avec le thorax une base indurée à consistance irrégulière avec des noyaux correspondant aux mamelons décelés par l'inspection. A la lumière transmise on trouve une transparence dans la région où la fluctuation est nette. Par contre trois ponctions exploratrices furent négatives. Elle est mate à la percussion, elle n'est pas pulsatile. La douleur n'existe plus et le malade n'éprouve aucune gêne. Pas d'élévation de la température ; pas d'adénopathie axillaire. Le malade a été opéré le 7 mai 1910 par Demons, l'opération n'offrit rien de particulier et le malade quittait l'hôpital.

M. le professeur agrégé Sabrazès fait l'examen histologique de la tumeur et donne l'analyse suivante : « Tumeur de l'hypoderme constituée par un tissu conjonctif jeune, riche en cellules (fibroblastes). Les fibres collagènes sont grêles, des cellules adipeuses y sont interposées au grand nombre aux cellules conjonctives. Il existe beaucoup de petits foyers hémorragiques anciens ou récents, quelques lacs sanguins à parois simples mal structurées. Il y a des territoires œdémateux, des ilots à cellules étoilées formant un certain appoint de tissu muqueux sans hypersecretion de mucine. Les cellules conjonctives jeunes sont mêlées à quelques lymphocytes et quelques matzellen.

« Fibrome non œdémateux avec ilots lipomateux et muqueux. Ce fibrome en pleine activité, n'évolue cependant pas en sarcome ».

OBSERVATION III

(Résumée, LE DENTU)

(Déjà publiée thèse Barril, Bordeaux, 1918-19)

Sur un cas de fibrome lacunaire kystique

R., âgé de 57 ans, porteur au sein gauche d'une tumeur développée à l'âge de 18 ans. Sus-jacente au mamelon, elle avait d'abord le volume d'un pois. Cette tumeur qui était devenue fluctuante fut incisée. Un écoulement séreux, brunâtre consécutif avait persisté pendant 3 mois.

D'abord grosse comme une noisette, en quatre mois son volume atteignit celui d'un marron. La peau est lisse, la tumeur mobile et sans adhérence avec les tissus voisins. Pas d'engorgement ganglionnaire dans l'aisselle. Comme maladie antérieure on note une fluxion de poitrine à 33 ans et en même temps une poussée de rhumatisme aigu qui le retient 2 mois au lit.

DIAGNOSTIC. — Fibrome probablement kystique. Après l'opération on constata que la tumeur était arrondie, légèrement aplatie, de consistance ferme et égale, à surface lisse, nettement limitée des tissus voisins par une capsule fibreuse de 2 à 3 mm.

En coupe elle est formée par un tissu charnu de couleur gris rose, occupant toute la périphérie de la tumeur. Au centre nous trouvons de gros ilots de graisse. Au milieu du tissu charnu se trouve de nombreux petits kystes, dont la grosseur varie de la tête d'une épingle à celle d'une lentille.

Examen microscopique. — Le tissu charnu représente du tissu fibreux, les kystes sont tapissés par un épithélium cubique ; en outre, dans d'autres points la tumeur est uniquement formée de tissus adipeux. De ses divers caractères, on peut conclure que cette tumeur est un fibrome lacunaire kystique.

OBSERVATION IV

(Résumée GANGOLPHE)

(Déjà publiée thèse Guégan, Bordeaux, 1910)

Fibrome douloureux du sein chez un homme

Il y a un an, le malade reçu sur la poitrine un heurt, sans production de plaie ni d'ecchymose. Il souffrait aussitôt arpès ; bien plus les souffrances augmentèrent un mois ou deux plus tard, lui faisant craindre les pressions de la foule, les chocs, même la descente d'un escalier. La douleur ne se manifestait pas par des frottements superficiels, mais par une pression forte, profonde.

A l'examen de la région, on ne constatait pas une augmentation de volume du sein droit, ni de tumeur distincte, de changement de coloration de la peau, d'adhérence anormale superficielle, ni de ganglions.

En entraînant la glande en haut et en dehors, on entraînait manifestement le mamelon.

OPERATION : Ablation du sein et d'un ganglion.

EXAMEN HISTOLOGIQUE : Les acini mammaires sont sains, leur forme d'ensemble est conservée, mais ils paraissent avoir été étouffés par la sclérose de la glande.

Le tissu conjonctif adulte prédomine, indiquant qu'il s'agit d'un fibrome glandulaire.

OBSERVATION V

(VELPEAU)

Adénoïde en forme de chou-fleur chez un homme âgé de 85 ans. Destruction de la tumeur par la ligature ; guérison.

M. B... officier de santé, ancien chirurgien des armées me pria de lui donner des soins pour une maladie du sein qui le

tourmentait depuis longtemps. Je fus d'abord frappé de l'odeur et de l'aspect de son mal. C'était au sein gauche ; il y avait là une masse large de 15 centimètres environ lobulée ou granulée, à la façon d'un chou-fleur, d'un gris sale ou légèrement rougeâtre, et de laquelle exsudait une matière ichoruse semipurulente. Des enfractuosités divisaient profondément cette tumeur presque jusqu'à ses adhérences à thorax, de telle sorte qu'elle paraît formée de plusieurs végétations collées l'une contre l'autre. Toutes ces parties cependant étaient confondues en une seule racine d'environ 4 centimètres d'épaisseur et qui occupait la région mammaire. On retrouvait dans cette masse d'élasticité, la densité des tumeurs adénoïdes, et non pas la mollesse, la consistance fongueuse ou nodulaire des tumeurs encéphaloïdes. Le malade qui la portait depuis 15 ans, chez lequel elle s'était ulcérée depuis 3 ans s'en inquiétait beaucoup moins d'ailleurs par suite des douleurs assez légères qu'elle occasionnait qu'à cause du suintement dont elle était le siège et de l'odeur désagréable qu'elle répandait. A son âge il était peu désireux de se soumettre à l'action des instruments tranchants, j'insistais peu moi-même sur l'emploi de cette ressource, et nous convîmes d'une ligature jetée sur la racine de la tumeur serrée de plus en plus chaque jour au moyen du serre-nœud de Dessault. La chute du champignon s'effectua ainsi sans accident dans l'espace de 15 jours et la plaie mit ensuite trois semaines à se cicatriser. M. B... a encore vécu 4 ans sans qu'il lui soit rien revenu au sein ; il est mort d'une maladie tout à fait étrangère à sa tumeur mammaire.

OBSERVATION VI

(Publiée Thèse Duquesne, Paris, 1914)

Adénome du sein chez un homme

Un jeune homme de 15 ans, présentait une tumeur du sein gauche apparue depuis trois mois environ. Du volume d'une

petite noisette, elle n'adhérait pas au plan profond, mais au mamelon. La peau était d'ailleurs intacte. Il n'y avait pas de ganglions auxiliaires. Après anesthésie à la cocaïne l'ablation fut pratiquée par M. le professeur Lecène.

La coupe intéresse le tégument et une partie de la tumeur.

L'épithélium du revêtement cutané est normal le derme dense ; un peu sclérosé. Sous la peau on ne trouve pas de fibres musculaires, la coupe passant en dehors de la région de l'aréole.

A la périphérie de la préparation, on trouve un riche réseau de cellules adipeuses présentant une disposition lobulée fort nette très analogue à celle que l'on observe sur la mamelle normale de la femme. Les lobules adipeux, de forme oblongue ou triangulaire sont parfois ordonnés autour d'une travée conjonctive volumineuse qui forme comme le support ou le pédicule du lobe. De cet axe partent isolant entre eux les différents lobules, des cloisons conjonctives plus minces sillonnées çà et là d'artères sinueuses. Ainsi se trouve réalisé en certains points un aspect arborescent des plus élégants.

Les canaux galactophores, coupés les uns transversalement, les autres plus ou moins obliquement, ou dans le sens de la largeur sont généralement larges et irréguliers. Les parois des tubes sont formées de 2, 3 ou 4 couches de cellules cubiques ou cylindriques basses, petites et serrées, et montrent une certaine *tendance à la végétation endocanaliculaire*.

Ces productions végétantes, tantôt simples, tantôt bifurquées, quelques-unes uniquement épithéliales, la plupart ayant un axe de tissu conjonctif jeune, sont de taille très variable. Quelques tubes présentent même sur leur paroi externe des saillies dues à des bourgeons pleines de la tunique épithéliale. Les tubes coupés longitudinalement sont parfois très irréguliers, montrant des portions dilatées séparées par des rétrécissements en diaphragme. Remarquons d'ailleurs que, malgré l'abondante prolifération de quelques canaux, la membrane basale est partout conservée à leur périphérie.

On aperçoit dans le voisinage immédiat des tubes, un tissu conjonctif jeune, riche en cellules, mais celui-ci n'est plus

séparé du tissu ambiant par des anneaux fibreux ; il semble au contraire l'envahir, le pénétrer. Le reste de la préparation se montre ainsi constitué par des trousseaux fibreux, emprisonnant de très nombreux éléments cellulaires, bien mis en évidence par la coloration au Van Gieson. Le tissu fibreux semble avoir subi, par place, la transformation hyaline. Les vaisseaux sont assez rares tous de petit calibre. Dans les tubes on ne trouve pas de sécrétion sébacée comme on en rencontre couramment dans les acini.

Il s'agit donc vraisemblablement d'une adénome canaliculaire. L'abondance des cellules conjonctives permet de penser que cet adénome était en évolution.

OBSERVATION VII

(Résumée)

(PATTESON BRITISH MEDICAL JOURNAL, 1899)

Fibro-adénome du sein gauche

J. H..., cultivateur, âgé de 24 ans, ressentit il y a 12 mois dans le sein gauche des douleurs lancinantes qu'il croyait dues aux frottements de ses bretelles. Il supprima les bretelles et remarqua au-dessus du mamelon une petite excroissance de la grosseur d'un pois.

A son entrée (3 octobre 1898) il présente au sein gauche une tumeur adhérente superficiellement relativement mobile sur les tissus sous-jacents. Les frottements de sa chemise sont douloureux. Opération le 17 octobre : la tumeur adhère au pectoral. Dans la graisse avoisinante se trouve une autre tumeur similaire, mais indépendante.

Guérison par première intervention.

Sortie au bout de huit jours.

Diagnostic microscopique : fibro-adénome-kystique.

OBSERVATION VIII

(CORNIL)

Fibro-adénome du sein chez un homme.

La tumeur un peu plus grosse qu'un œuf de poule est ovoïde ; le mamelon est petit, non rétracté. A l'œil nu, la partie enlevée comprenant un peu de peau, est surtout formée de lobules adipeux. Après avoir sectionné la pièce dans la totalité on voit en son milieu un tissu blanchâtre plus ferme, ovoïde, du volume d'une noix. Une tranche de ce tissu néoplasique a été durcie dans l'alcool pendant 24 heures. L'action de l'alcool sur ce tissu fait ressortir à l'œil nu au milieu d'une gangue transparente, formée des lobules adipeux, des grains blanchâtres opaques de 2 à 3 et 5 dixièmes de millimètre assez rapprochés par place. On reconnaît dans chacun d'eux un nodule de tissu conjonctif au milieu duquel se trouve un conduit galactophore. Avec un fort grossissement on note que ce tissu fibreux est formé de faisceaux assez épais vascularisés, et qu'il présente quelques leucocytes en trainées interfasciculaires. Les canaux galactophores sont tapissés de petites cellules cubiques, souvent en plusieurs rangées. Ces canaux possèdent une membrane d'enveloppe, souvent ils sont plissés comme papillaires. Ils sont vus sur des coupes transversales, longitudinales et obliques.

Il s'agit d'un fibro-adénome canaliculaire.

OBSERVATION IX

(Résumée)

(Déjà publiée, Th. GUÉGAN, Bordeaux, 1910)

Fibro-adénome du sein droit

Homme, 26 ans.

Etiologie, évolution de sa tumeur. Coup sur la poitrine suivi d'un gonflement au bout de deux jours. Il s'aperçut au bout

de 6 mois que sa grosseur augmentait de volume ; au 11^e.mois l'augmentation fut encore plus rapide ; au 12^e, on pratiqua l'ablation.

Caractères de la tumeur : Elle siégeait au-dessous du mamelon, était franchement mobile sous la peau et les plans sous-jacents. Indolore à l'état habituel, elle devenait douloureuse par la pression portant surtout sur le mamelon.

Opération : réunion par première intention.

Examen microscopique : Stroma de tissu fibreux avec quelques graines glandulaires.

Pas de trouble consécutif.

CONCLUSIONS

I° Notre acquisition sur les tumeurs bénignes du sein chez l'homme est encore de date récente et tous les auteurs sont d'accord pour signaler leur rareté.

II° Le sein de l'homme présente les mêmes caractères anatomiques que celui de la femme, avec cette différence, que chez l'homme il est à l'état rudimentaire.

III° L'étiologie des tumeurs du sein est obscure ; pour l'expliquer on a invoqué plusieurs causes, parmi lesquelles le traumatisme et l'infection latente jouent le plus grand rôle.

IV° Le diagnostic des tumeurs bénignes est facile. Il se fonde : sur l'apparition de la tumeur à l'âge moyen de la vie, sur son évolution lente, son indolence, son faible volume, sa mobilité et sur son encapsulement.

Ces tumeurs n'ont pas des tendances à se généraliser, ne retentissent pas sur l'état général du malade et opérées, ne récidivent pas.

V° Elles sont susceptibles de se transformer en tumeurs malignes, et c'est là la seule raison de l'intervention précoce.

VI° Le seul traitement est le traitement chirurgical, et le meilleur procédé, c'est l'extirpation totale de la tumeur avec sa capsule.

Vu : *Le Doyen,* Vu et bon à imprimer :
D^r SIGALAS. *Le Président de la thèse,*
M. VILLAR.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 7 Décembre 1921.

Le Recteur de l'Académie.

THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- Archives médicales de Toulouse*, 1911, VIII, 536.
- BARRIL. — Tumeurs du sein chez l'homme (Thèse de Bordeaux, 1918-19).
- CORNIL. — Tumeurs du sein, 1908.
- CORNIL et CAMPENON. — Adeno-fibrome kystique (Soc. Anat., Paris, 1906).
- CRUVEILHER. — *Traité d'Anatomie pathologique*, t. 3, p. 55.
- COYNE et BRANDELS. — Réunion de la Société biologique de Bordeaux, 1907, t. I.
- DUQUESNE. — Tumeurs du sein chez l'homme (Th. Paris, 1913-14).
- FLURIAN. — Tumeurs du sein chez l'homme (Th. Bordeaux, 1909-10).
- FORGUE. — Pathologie externe.
- FOUCART. — Sur les tumeurs du sein chez l'homme (*France médicale*, 1856, p. 285).
- GUEGAN. — Tumeurs du sein chez l'homme (Th. Bordeaux, 1903-4).
- GINESTE. — Tumeurs mixtes de la glande mammaire. Etude anatomopathologique (Th. Bordeaux, 1911-12).
- HORTELOUP. — Tumeur du sein chez l'homme (Th. d'agrégation, 1872).
- LABBÉ et COYNE. — Traité des tumeurs bénignes du sein.

- LANDRY. — Tumeurs du sein chez l'homme (Th. Paris, 1884).
- LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie (T. I et VII).
- LETULLE. — Pathogénie des tumeurs et caractères histologiques (*Revue Soc. Savante*).
- LUTEL. — Tumeurs du sein chez l'homme (Th. Paris, 1877).
- NELATON. — Tumeurs de la mamelle (Th. d'agrégation, 1839).
- POUPKO. — Etiologie et pathogénie des fibromes (Th Paris, 1913).
- RECLUS. — De la maladie kystique de la mamelle (*Revue de chirurgie*, 1883). (*Bull. Soc. Anat.*, 1883). (*Gaz. des Hôpitaux*, 1887).
- ROUX. — De la maladie kystique (Th. Bordeaux, 1909-1910)
— Société anatomique et physiologique de Bordeaux, 1907.
- SENGENSSEC. — *Annales de la polyclinique de Bordeaux*, mai 1896.
- TESTUT. — Traité d'anatomie humaine.
- VELPEAU. — Traité des maladies du sein.
- VIRCHOW. — Pathologie des tumeurs, 1867.
-

